UNA EXPLICACION BREVE DE "MEDICARE"

SEGURO DE SALUD PARA PERSONAS DE 65 AÑOS O MAS

UNITED STATES DEPARTMENT OF
HEALTH, EDUCATION, AND WELFARE
SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION



El programa de seguro de salud para personas de 65 años más, conocido popularmente como "Medicare," empezó a funcionar el 1 de julio de 1966. El programa consiste de un seguro de hospitalización y un seguro médico. Prácticamente toda persona puede esperar recibir protección bajo uno u otro seguro o bajo ambos al cumplir los 65 años.

SEGURO DE HOSPITALIZACION — para ayudarle a pagar las cuentas cuando usted se hospitalice. Este seguro también provee pagos por servicios diestros de enfermeras y otros servicios en una casa de convalescencia después de una hospitalización, servicios diagnósticos en el hospital a pacientes ambulatorios y servicios de salud en el hogar después de estar hospitalizado.

Este seguro es financiado por contribuciones especiales pagadas por empleados, patronos y personas que trabajan por cuenta propia. De este modo, las personas no tendrán que pagar por esta protección cuando lleguen a la vejez y no trabajen.

SEGURO MEDICO — para ayudarle a pagar por servicios médicos y por un número de otros servicios y artículos médicos que no están cubiertos por el seguro de hospitalización.

El seguro médico es voluntario y sólo se benefician de él aquellas personas que lo soliciten. Esta parte del programa es financiada por primas mensuales que pagan por partes iguales las personas que se inscriben en este seguro y el Gobierno Federal.

Este folleto explica brevemente qué beneficios usted puede recibir bajo el programa de medicare, cómo puede obtener esta protección y contiene otra información de interés acerca de este seguro. Si usted desea información más detallada en cuanto a su caso en particular y en cuanto

nen protección del seguro de hospitalización pueden inscribirse para el seguro médico solamente si fueron admitidos legalmente a los Estados Unidos y han vivido continuamente en este país, Puerto Rico, Islas Virgenes, Guam o Samoa Americana durante por lo menos 5 años.)

Hay un período de tiempo específico durante el cual usted puede inscribirse para el seguro médico. Ese período de siete meses comienza tres meses antes del mes en que usted cumple los 65 años y termina tres meses después del mes en que usted cumple dicha edad.

Sin embargo, usted tendrá la protección del seguro médico comenzando con el mes en que cumple los 65 años solamente si usted se inscribe durante alguno de los tres meses anteriores al mes en que cumple los 65 años de edad. Si usted se inscribe en el mes en que cumple los 65 años o después, su protección no empezará hasta de uno a tres meses más tarde.

Si usted pierde la primera oportunidad para inscribirse, no tendrá otra oportunidad hasta el próximo período general de inscripción que ocurrirá durante los tres últimos meses de cada año impar. (El primero será en 1967.)

Las primas que usted pagará serán más altas si espera para inscribirse durante un período general de inscripción y su protección no empezará hasta de 6 a 9 meses después de usted inscribirse. Usted no podrá inscribirse para el seguro médico si deja pasar más de tres años desde que tuvo la primera oportunidad para hacerlo.

MEDICARE LE OFRECE

SEGURO DE HOSPITALIZACION — que pagará el costo de los siguientes servicios cubiertos:

- Hasta 60 días de hospitalización excepto por los primeros $40 y todo el

El programa de seguro de salud para personas de 65 años más, conocido popularmente como "Medicare," empezó a funcionar el 1 de julio de 1966. El programa consiste de un seguro de hospitalización y un seguro médico. Prácticamente toda persona puede esperar recibir protección bajo uno u otro seguro o bajo ambos al cumplir los 65 años.

SEGURO DE HOSPITALIZACION — para ayudarle a pagar las cuentas cuando usted se hospitalice. Este seguro también provee pagos por servicios diestros de enfermeras y otros servicios en una casa de convalescencia después de una hospitalización, servicios diagnósticos en el hospital a pacientes ambulatorios y servicios de salud en el hogar después de estar hospitalizado.

Este seguro es financiado por contribuciones especiales pagadas por empleados, patronos y personas que trabajan por cuenta propia. De este modo, las personas no tendrán que pagar por esta protección cuando lleguen a la vejez y no trabajen.

SEGURO MEDICO — para ayudarle a pagar por servicios médicos y por un número de otros servicios y artículos médicos que no están cubiertos por el seguro de hospitalización.

El seguro médico es voluntario y sólo se benefician de él aquellas personas que lo soliciten. Esta parte del programa es financiada por primas mensuales que pagan por partes iguales las personas que se inscriben en este seguro y el Gobierno Federal.

Este folleto explica brevemente qué beneficios usted puede recibir bajo el programa de medicare, cómo puede obtener esta protección y contiene otra información de interés acerca de este seguro. Si usted desea información más detallada en cuanto a su caso en particular y en cuanto

a como conseguir esta protección, comuníquese con su oficina de seguro social más cercana.

COMO CONSEGUIR LA PROTECCION DE MEDICARE

SEGURO DE HOSPITALIZACION — Toda persona que califica para recibir beneficios mensuales de seguro social o de retiro ferroviario tendrá derecho al seguro de hospitalización automáticamente al cumplir los 65 años. Aún cuando usted no reciba beneficios mensuales porque continúa trabajando, usted puede tener protección bajo el seguro de hospitalización.

La mejor ocasión para solicitar beneficios mensuales e inscribirse en el seguro de salud es durante el período de tres meses antes del mes en que usted cumple los 65 años. De este modo, usted puede establecer su elegibilidad a beneficios mensuales y para el seguro de salud aun cuando continúe trabajando. Cualquier oficina de seguro social tendrá sumo placer en ayudarle a solicitar.

Si cumple los 65 años de edad antes de 1968, usted puede disfrutar del seguro de hospitalización aun cuando no tenga suficientes créditos de trabajo bajo el seguro social para calificar para beneficios mensuales y aunque nunca haya trabajado bajo seguro social. (Si usted es un extranjero y no ha calificado para recibir beneficios mensuales de seguro social o de retiro ferroviario, usted puede ser elegible al seguro de hospitalización sólamente si ha sido admitido legalmente a los Estados Unidos y ha vivido continuamente en este país, Puerto Rico, Islas Virgenes, Guam o Samoa Americana por lo menos cinco años.)

Si usted cumple 65 años en 1968 o después y no es elegible para recibir pagos mensuales de beneficios, usted necesitará algún crédito de trabajo bajo seguro social

para calificar para el seguro de hospitalización. La cantidad de crédito que necesita una persona depende de su edad y aumentará cada año hasta que la cantidad de crédito de trabajo para ser elegible al seguro de hospitalización será igual a la cantidad de trabajo que necesita esa persona para recibir beneficios mensuales de seguro social.

La siguiente tabla muestra cuantos años de trabajo serán necesarios para que una persona que cumple los 65 años después de 1967 pueda ser elegible al seguro de hospitalización:

Año En Que Cumple 65 Años	*Creditos Que Necesita*	
	Hombre	*Mujer*
1967 o antes	0 años	0 años
1968	1½	1½
1969	2¼	2¼
1970	3	3
1971	3¾	3¾
1972	4½	*
1973	5¼	*
1974	*	*

* Igual que para beneficios mensuales de seguro social

Para establecer su derecho a beneficios del seguro de hospitalización, usted debe llenar una solicitud en la oficina de seguro social.

Algunos empleados federales y algunos empleados federales retirados que no son elegibles para recibir beneficios mensuales de seguro social no pueden recibir la protección del seguro de hospitalización (pero sí pueden inscribirse en el seguro médico). Si usted no está seguro de su condición, comuníquese con su oficina de seguro social.

SEGURO MEDICO — Toda persona de 65 años de edad puede inscribirse para la parte del seguro médico voluntario bajo el programa de medicare. (Los extranjeros que no tie-

nen protección del seguro de hospitalización pueden inscribirse para el seguro médico solamente si fueron admitidos legalmente a los Estados Unidos y han vivido continuamente en este país, Puerto Rico, Islas Virgenes, Guam o Samoa Americana durante por lo menos 5 años.)

Hay un período de tiempo específico durante el cual usted puede inscribirse para el seguro médico. Ese período de siete meses comienza tres meses antes del mes en que usted cumple los 65 años y termina tres meses después del mes en que usted cumple dicha edad.

Sin embargo, usted tendrá la protección del seguro médico comenzando con el mes en que cumple los 65 años solamente si usted se inscribe durante alguno de los tres meses anteriores al mes en que cumple los 65 años de edad. Si usted se inscribe en el mes en que cumple los 65 años o después, su protección no empezará hasta de uno a tres meses más tarde.

Si usted pierde la primera oportunidad para inscribirse, no tendrá otra oportunidad hasta el próximo período general de inscripción que ocurrirá durante los tres últimos meses de cada año impar. (El primero será en 1967.)

Las primas que usted pagará serán más altas si espera para inscribirse durante un período general de inscripción y su protección no empezará hasta de 6 a 9 meses después de usted inscribirse. Usted no podrá inscribirse para el seguro médico si deja pasar más de tres años desde que tuvo la primera oportunidad para hacerlo.

MEDICARE LE OFRECE

SEGURO DE HOSPITALIZACION — que pagará el costo de los siguientes servicios cubiertos:

- Hasta 60 días de hospitalización excepto por los primeros $40 y todo el

costo por 30 días adicionales de hospitalización excepto $10 diarios durante cada período de enfermedad.[1] (Hay un límite de 190 días por vida para pagos por tratamiento en hospitales de enfermedades mentales.)
- Hasta 20 días de cuidado en una casa de convalescencia (puede ser en una casa de convalescencia o una sección de un hospital que califique como tal) y todo menos $5.00 diarios por 80 días adicionales en cada período de enfermedad.

Estos servicios están cubiertos únicamente si usted ha estado hospitalizado durante por los menos 3 días y es transferido a una casa de convalescencin dentro de los 14 días siguientes al día de haber sido dado de alta. Además el cuidado recibido debe estar relacionado con la condición por la que fué tratado en el hospital. (Esta parte del programa comienza el 1 de enero de 1967.)

- Hasta 100 visitas a su hogar por enfermeras u otros trabajadores de salud (excepto médicos) provenientes de una agencia de servicios de salud recibidos durante el año después de tres días o más de hospitalización y de haber sido dado usted de alta del hospital o de una casa de convalescencia.
- 80 por ciento del costo de los servicios diagnósticos que usted reciba como paciente ambulatorio del mismo hospital excepto los primeros $20 durante cada período de 20 días de pruebas.

Los servicios cubiertos en un hospital o casa de convalescencia incluyen el costo

1. Un período de enfermedad empieza el primer día en que usted recibe servicios como un paciente en un hospital o casa de convalescencia y termina cuando usted haya estado fuera del hospital o casa de convalescencia por 60 días consecutivos.

de cuartos semiprivados, comidas, servicios corrientes de enfermeras, uso de la sala de operaciones y el costo de medicinas, artículos y la mayoría de los otros servicios generalmente provistos para el cuidado de los pacientes por el hospital o la casa de convalescencia.

SEGURO MEDICO — pagará el 80 por ciento de los gastos razonables después de los primeros $50 en un año natural por los siguientes servicios:

- Servicios de médicos sin importar donde usted los reciba—en su oficina, en el hospital, en su hogar o en cualquier parte de los Estados Unidos. (Existe una limitación especial en cuanto al tratamiento siquiátrico recibido fuera de un hospital.)
- Hasta 100 visitas a su hogar cada año por parte de enfermeras y otros trabajadores de salud provenientes de una agencia de servicios de salud en el hogar bajo un plan aprobado sin previa hospitalización. Esto es en adición a las 100 visitas cubiertas bajo el seguro de hospitalización.
- Otros servicios médicos y de salud incluyendo servicios tales como pruebas diagnósticas (rayos X, servicios de laboratorio, etc.), tratamiento de rayos X o radioterapia; vendajes, entablillados, enyesaduras; algunos servicios de ambulancia; soportes, brazos, ojos y piernas artificiales; alquiler de equipo médico duradero como pulmones de hierro y otros artículos y servicios médicos.

PAGO DE LAS PRIMAS MENSUALES

Cuando usted se inscribe para el seguro médico, usted acepta pagar una prima mensual (que en la actualidad es de $3.00 mensuales). El Gobierno Federal paga

una cantidad igual. La prima que usted tiene que pagar podría ser más alta si usted retrasa su inscripción.

Si usted recibe beneficios mensuales del seguro social o del retiro ferroviario o una pensión del servicio civil Federal, su prima se le descontará de su cheque cada mes empezando con el mes en que la protección del seguro médico comienza para usted.

Si usted no recibe ninguno de estos beneficios mensuales, usted puede pagar sus primas cada trimestre por adelantado o puede hacer otros arreglos de pago en la oficina de seguro social.

PARA DARSE DE BAJA O REINSCRIBIRSE

Usted puede darse de baja del seguro médico durante uno de los períodos generales de inscripción notificandolo a la Administración de Seguro Social. (Los períodos generales de inscripción son los últimos tres meses de los años impares.)

Si usted paga sus primas de contado directamente, usted será dado de baja del programa si deja de pagar dichas primas.

Si usted se da de baja o si su inscripción es terminada debido a no haber pagado la prima, usted puede reinscribirse. Sin embargo, esta reinscripcion puede hacerse solamente una vez y debe hacerse durante un período general de inscripciones dentro de los tres años después de terminar su inscripción original.

COMO ES FINANCIADO EL SEGURO DE SALUD

Las disposiciones para el financiamiento del seguro de hospitalización y del seguro médico son completamente separadas de las disposiciones para el financiamiento de los programas del seguro de vejez, sobrevivientes e incapacidad.

Bajo el programa de seguro de hospitalización, las medicinas están cubiertas solamente cuando éstas son administradas a un paciente en un hospital o casa de convalescencia. Bajo el programa de seguro médico, las medicinas no están cubiertas excepto cuando éstas son administradas por un médico porque no pueden ser autoadministradas.

Generalmente se harán pagos bajo el programa solamente por servicios prestados en los 50 Estados, Distrito de Colombia, Puerto Rico, Islas Vírgenes, Guam y Samoa Americana. Se pagará por servicios de emergencia bajo el seguro de hospitalización por servicios prestados en áreas fronterizas al territorio de Estados Unidos por beneficiarios que se enfermen o que se lesionen fuera de los límites territoriales de los Estados Unidos, si servicios similares no son accesibles en territorio nacional.

PARA INFORMACION ADICIONAL

Para información más detallada acerca del seguro de salud o de cualquier otra disposición del programa de seguro social, comuníquese con la oficina de distrito de seguro social. Allí estarán en la mejor disposición para ayudarle. Usted puede encontrar la dirección de su oficina de seguro social más cercana en la guía telefonica bajo "U. S. Government, Department of Health, Education and Welfare, Social Security Administration" o "Seguro Social Federal" o preguntando en su oficina de correos.

una cantidad igual. La prima que usted tiene que pagar podría ser más alta si usted retrasa su inscripción.

Si usted recibe beneficios mensuales del seguro social o del retiro ferroviario o una pensión del servicio civil Federal, su prima se le descontará de su cheque cada mes empezando con el mes en que la protección del seguro médico comienza para usted.

Si usted no recibe ninguno de estos beneficios mensuales, usted puede pagar sus primas cada trimestre por adelantado o puede hacer otros arreglos de pago en la oficina de seguro social.

PARA DARSE DE BAJA O REINSCRIBIRSE

Usted puede darse de baja del seguro médico durante uno de los periodos generales de inscripción notificándolo a la Administración de Seguro Social. (Los períodos generales de inscripción son los últimos tres meses de los años impares.)

Si usted paga sus primas de contado directamente, usted será dado de baja del programa si deja de pagar dichas primas.

Si usted se da de baja o si su inscripción es terminada debido a no haber pagado la prima, usted puede reinscribirse. Sin embargo, esta reinscripcion puede hacerse solamente una vez y debe hacerse durante un período general de inscripciones dentro de los tres años después de terminar su inscripción original.

COMO ES FINANCIADO EL SEGURO DE SALUD

Las disposiciones para el financiamiento del seguro de hospitalización y del seguro médico son completamente separadas de las disposiciones para el financiamiento de los programas del seguro de vejez, sobrevivientes e incapacidad.

SEGURO DE HOSPITALIZACION — es financiado por contribuciones especiales pagadas por los empleados, sus patronos y las personas que trabajan por cuenta propia. Cada grupo paga la misma contribución: 0.35 por ciento de los primeros $6,600 de ingresos anuales del individuo durante el año 1966. La contribución en los años 1967 y 1968 será del 0.50 por ciento y la misma seguirá aumentado gradualmente hasta llegar a 0.80 por ciento en 1987 y años subsiguientes.

Las contribuciones para el seguro de hospitalización son en adición a y recaudadas al mismo tiempo y de la misma manera que las contribuciones regulares de seguro social. Los ingresos de las contribuciones para el seguro de hospitalización son depositados en el FONDO DE FIDEICOMISO PARA EL SEGURO DE HOSPITALIZACION, del cual se pagarán los servicios prestados y los gastos administrativos del programa. Fondos públicos federales son usados para financiar el costo del seguro de hospitalización de aquellas personas que no tienen derecho a beneficios mensuales de seguro social o del retiro ferroviario.

SEGURO MEDICO—es financiado por primas mensuales pagadas por las personas de 65 años o más que se inscriben en el programa y por pagos pareados del Gobierno Federal. Los ingresos por concepto de primas para el seguro médico y las aportaciones del Gobierno Federal son depositados en el FONDO DE FIDEICOMISO PARA SEGURO MEDICO SUPLEMENTARIO y los beneficios y gastos administrativos del seguro médico son pagados de este fondo.

La prima mensual es de $3.00 por cada persona que se inscribe en el seguro médico y permanecerá igual hasta por lo menos el 1968. La ley dispone que la prima sea revisada cada año impar.

Las primas para los siguientes dos años podrán ser ajustadas si se requieren más altas para sufragar los gastos del programa. El Gobierno Federal continuará pagando la mitad de los costos.

Cuando usted se inscribe en el seguro médico, usted está obligado a seguir en el mismo hasta el final del próximo año impar. Así pues, si aumentare la prima mensual, usted tendrá la oportunidad de darse de baja del programa si así lo desea.

SU TARJETA DE SEGURO DE SALUD

Usted recibirá una tarjeta roja, blanca y azul después que su elegibilidad a beneficios de salud ha sido establecida. Esa es su tarjeta del seguro de salud.

Cada vez que usted use uno de los servicios cubiertos por el seguro de salud después de establecer su eligibilidad muestre su tarjeta de salud al hospital, al doctor, a la casa de convalescencia o a la persona que provea los servicios.

Usted también recibirá un folleto titulado "Su Guía de Medicare" que explica en lenguaje sencillo los beneficios a que usted tiene derecho y que contiene además los formularios que usted puede usar al solicitar que se paguen beneficios recibidos por usted.

SERVICIOS QUE NO ESTAN CUBIERTOS

El seguro de salud le ayudará a pagar una gran parte de sus gastos médicos pero no pagará todos sus gastos. Algunos artículos y servicios no están cubiertos ni por el seguro de hospitalización ni por el seguro médico. Estos incluyen: exámenes físicos rutinarios, inmunizaciones, espejuelos, aparatos auditivos, enfermeras privadas, cuidado de custodia y servicios personales como teléfono o televisión en su cuarto en el hospital.

Bajo el programa de seguro de hospitalización, las medicinas están cubiertas solamente cuando éstas son administradas a un paciente en un hospital o casa de convalescencia. Bajo el programa de seguro médico, las medicinas no están cubiertas excepto cuando éstas son administradas por un médico porque no pueden ser autoadministradas.

Generalmente se harán pagos bajo el programa solamente por servicios prestados en los 50 Estados, Distrito de Colombia, Puerto Rico, Islas Vírgenes, Guam y Samoa Americana. Se pagará por servicios de emergencia bajo el seguro de hospitalización por servicios prestados en áreas fronterizas al territorio de Estados Unidos por beneficiarios que se enfermen o que se lesionen fuera de los límites territoriales de los Estados Unidos, si servicios similares no son accesibles en territorio nacional.

PARA INFORMACION ADICIONAL

Para información más detallada acerca del seguro de salud o de cualquier otra disposición del programa de seguro social, comuníquese con la oficina de distrito de seguro social. Allí estarán en la mejor disposición para ayudarle. Usted puede encontrar la dirección de su oficina de seguro social más cercana en la guía telefonica bajo "U. S. Government, Department of Health, Education and Welfare, Social Security Administration" o "Seguro Social Federal" o preguntando en su oficina de correos.





OASI – 883 SP

DECEMBER 1966

GPO : 1967 O - 242-128